Aus der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu München
Direktor: Professor Dr. med. Ernst

Durchgangsarztverfahren und prakt. Arzt

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Rudi Heinrich Hermann Bovermann
Hilfsarzt aus Mülheim a. d. Ruhr

München 1939
Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Aus der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu München
Direktor: Professor Dr. med. Ernst

Durchgangsarztverfahren und prakt. Arzt

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Rudi Heinrich Hermann Bovermann
Hilfsarzt aus Mülheim a. d. Ruhr

München 1939
Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Referent:
Professor *Dr. Ernst*

Tag der mündlichen Prüfung:
19. Juni 1939

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern

gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548311_0089

Die Entstehung der Berufsgenossenschaften und ihrer mit der Zeit immer zahlreicheren Fürsorge- und Entschädigungspflichten geht auf das Reichsunfallversicherungsgesetz vom 7. 6. 1884 zurück. Anfangs umfaßte dieses Gesetz allein die Unfallentschädigung und die Rentenfürsorge ohne dem Heilverfahren und den vorbeugenden und bessernden Maßnahmen sein Interesse zuzuwenden. Aber schon im Jahre 1892 wurde dies geändert durch eine Zusatzbestimmung zur Krankenversicherungsordnung, die die Möglichkeit eines sofortigen berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens festlegte, ohne jedoch der Berufsgenossenschaft einen Zwang aufzuerlegen. Die Reichsversicherungsordnung grenzte dann 1911 in den §§ 1509—15 die heilfürsorgerischen Befugnisse von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften noch genauer gegeneinander ab, jedoch blieb die Anwendung nach wie vor im wesentlichen der eigenen Initiative des Versicherungsträgers überlassen.

Wenn auch die Annahme gerechtfertigt ist, daß der Träger der Entschädigungspflicht selbst das größte Interesse daran haben müßte, auch die vorhergehende Behandlung in seine Hand zu bekommen, so wurde diese Entwicklung allgemein doch erst durch den wirtschaftlichen Zusammenbruch der Nachkriegszeit und die immer größer werdende Arbeitslosigkeit herbeigeführt.

Es gab nämlich jetzt zahlreiche Versicherte, die versuchten, die ihnen durch den Arbeitsmangel entgehenden Einkünfte auf Kosten der Träger der Kranken- und Unfallversicherung ersetzt zu erhalten, und so wurden an deren Leistungsfähigkeit und Mittel immer höhere Anforderungen bei sinkenden Einkünften gestellt. *Gustav Hartz* kennzeichnete diese Entwickelung in seinem Werk: „Irrwege der deutschen Sozialpolitik" treffend mit den Worten:

> „Nicht nur Epidemien, mehr noch wirtschaftliche Krisen füllen die Wartezimmer der Ärzte".

Aber wenn auch das Krankengeld erheblich höhere Einkünfte gewährte als die Arbeitslosenunterstützung, so war es doch nur zeitlich begrenzt, und diese Tatsache führte auf der Suche nach anderen Einnahmequellen zur Bevorzugung des Betriebsunfalls. Diese bedenkliche Entwicklung mußte zwangsläufig zu Abwehrmaßnahmen des Versicherungsträgers führen, da sie sonst für diesen die schwersten wirtschaftlichen Schädigungen nach sich gezogen hätte. Das Abänderungsgesetz zur RVO. vom 14. 6. 1925 trug diesem Umstande Rechnung. Darin ist zum ersten Male die gesetzliche Pflicht der Berufsgenossenschaften festgelegt, die Heilbehandlung selbst zu übernehmen, wenn dadurch eine schnellere und

bessere Wiederherstellung des Verletzten erreicht werden kann. So entstand das von der Krankenkasse völlig unabhängige berufsgenossenschaftliche Heilverfahren. Der Zweck dieser Verordnung war, durch möglichst weitgehende Anwendung aller geeigneten Heilmethoden, über das Maß des der Krankenkasse Möglichen hinaus, eine schnellere und bessere Heilung zu erzielen und damit die Zahl der etwaigen Rentenentschädigungen oder doch deren Höhe herabzumindern. Der Gesetzgeber beschritt dazu den einzig richtigen und möglichen Weg, die Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Verletzten mit dem finanziellen Interesse des Versicherungsträgers zu verkoppeln.

Für diesen handelte es sicht jetzt darum, festzustellen, welcher Unfallverletzte einer derartigen besonderen berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung bedurfte, und in welchen Fällen die bisherige Form der Krankenkassenbehandlung ausreichte. Daß diese Feststellung nur von einem Fachmann, also einem Arzt, getroffen werden kann, lag auf der Hand. Die Berufsgenossenschaft ging hier aber noch weiter, indem sie die Beurteilung durch einen unfallmedizinisch besonders erfahrenen Facharzt für Chirurgie für erwünscht hielt. Diese Erwägung der Berufsgenossenschaften führte zu dem viel umstrittenen und angegriffenen Durchgangsarztverfahren (DV.).

Die praktische Durchführung des DV. sieht so aus, daß sich jeder Unfallverletzte, soweit er nicht im sogenannten Verletzungsartverfahren in eines der von den Berufsgenossenschaften besonders bezeichneten Krankenhäuser eingeliefert wird, unmittelbar vom Unfall weg einem von den Berufsgenossenschaften mit Zustimmung der anderen beteiligten Organisationen bestellten Facharzt für Chirurgie, dem Durchgangsarzt, vorzustellen hat. Ausgenommen von dieser Bestimmung sind lediglich einige besonders aufgeführte Verletzungen, besonders an Auge und Ohr, sowie neuerdings auf Wunsch der Ärzteführung alle diejenigen Verletzungen, die keine Arbeitsunfähigkeit und keine längere Behandlungsdauer als 8 Tage nach sich ziehen.

Die Sorge für die Durchführung dieser Bestimmungen obliegt nach § 1543 RVO. in erster Linie dem Unternehmer, der dafür zu sorgen hat, daß alle gehfähigen Verletzten sofort den Durchgangsarzt aufsuchen. Zur größeren Sicherheit der reibungslosen Durchführung wurde aber ferner im Reichskrankenkassenabkommen den Krankenkassen die Verpflichtung auferlegt, jeden sich krank meldenden Unfallverletzten ebenfalls sofort dem D.-Arzt zu überweisen. Die Krankenkasse wurde hieran selbst interessiert, indem ihr die Berufsgenossenschaft für jeden derartigen, in berufsgenossenschaftliche Behandlung rechtzeitig überwiesenen Fall eine sogenannte

Fallgebühr zahlt. Schließlich wurde dann durch das Reichsärzteabkommen auch noch der praktische Arzt verpflichtet, jeden in seine Behandlung kommenden Unfallverletzten sofort dem D.-Arzt zu überweisen.

Das ist in kurzen Zügen der technische Aufbau des DV. Ich habe nun versucht, an Hand einer Zahl von 2708 im Jahre 1936 am Evang. Krankenhause in Mülheim-Ruhr untersuchten Durchgangspatienten aus praktischen Tatsachen und Erwägungen heraus einen Überblick über die Vor- und Nachteile des DV. zu geben, der nicht nur, wie dies bei den meisten der bisher erschienenen Arbeiten der Fall ist, den Belangen der Berufsgenossenschaften gerecht wird, sondern auch auf alle Vorwürfe, die von ärztlicher Seite gegen das DV. erhoben werden, eingeht. Die rein zahlenmäßige Zusammenstellung des benützten Materials ist an anderer Stelle erfolgt, hier soll nur auf die sich daraus ergebenden Folgerungen eingegangen werden.

Bevor ich damit auf das eigentliche Thema dieser Ausführungen zu sprechen komme, möchte ich noch kurz ein Ergebnis erwähnen, das sich ohne unmittelbaren Zusammenhang damit bei der Bearbeitung des Materials ergab. Die Zahl der untersuchten Unfallverletzten bot nämlich hinreichend Gelegenheit, sich auch einmal mit der Häufigkeit des Befallenseins der einzelnen Körperteile bei derartigen Betriebsunfällen zu beschäftigen, was unfallmedizinisch nicht ohne Interesse sein dürfte. Die Ergebnisse waren ziemlich überraschend, denn die naheliegende Wahrscheinlichkeit eines stärkeren Befallenseins der linken Körperhälfte, vor allem der linken Hand, die ja zur Unterstützung der arbeitenden rechten dient, konnte nicht erwiesen werden, sondern beide Körperhälften hielten sich im Rahmen der üblichen statistischen Fehlergrenzen fast genau die Waage. Einleuchtend ist dagegen, daß die Hände fast doppelt so stark betroffen sind, wie die Füße, wogegen die Beine die Arme merkwürdigerweise um etwa 30 % übertreffen. Wenig zahlreich sind die Fälle von Lumbago ebenso wie diejenigen von Schipperkrankheit, die zwar in der Regel nicht Unfallfolgen sind, von den Verletzten aber als solche angesehen werden. Von einer ausführlicheren Bewertung der vorstehenden Zahlen muß abgesehen werden, da dies zu weit vom eigentlichen Thema dieser Arbeit abführen würde.

Ich komme jetzt auf das Durchgangsarztverfahren und seine Vorteile sowie die dagegen vorgebrachten Einwände zurück. Wohl der bedeutendste Vorteil, der auch von den Berufsgenossenschaften immer wieder hervorgehoben wird, ist die dadurch mögliche sofortige Behandlung des Unfallverletzten durch den Fachchirurgen. Daß diese Möglichkeiten bietet, die dem praktischen Arzt durch seine

naturgemäß beschränkteren Hilfsmittel niemals zugänglich sein können, wird schon aus technischen Gründen jedermann einleuchten, da der D.-Arzt in den allermeisten Fällen Krankenhausarzt ist. Vor allem aber ist die sofortige chirurgische Versorgung ein gewaltiger Fortschritt für den Heilerfolg bei einer großen Zahl der Unfälle. Ich brauche in diesem Zusammenhang nur an die *Friedrich*sche Ausschneidung der frischen Wunde, die *Thiersch*-Transplantation und ähnliche Maßnahmen, die nur beschränkte Zeit nach der Verletzung noch möglich sind, zu erinnern. Der ziemlich hohe Satz der vorgenommenen Erstversorgungen von 17,5 %, wobei bloße Verbände natürlich nicht mitgerechnet sind, beweist diese Behauptung. Auf der anderen Seite befanden sich unter diesen Fällen aber auch sehr viele, bei denen die Erstversorgung ebensogut vom praktischen Arzt hätte vorgenommen werden können, wenn der Patient dorthin ebenso schnell gelangt wäre, wie zum D.-Arzt. Dies sind solche Fälle, in denen der D.-Arzt, um Zeitverlust zu vermeiden, eine Wundnaht oder eine Reposition mit Gipsanlage ausführt und damit in der Regel dann auch die spätere Behandlung übernimmt, obgleich dazu fachärztliche Kenntnisse keineswegs erforderlich wären. In vielen Fällen wurden hier die Patienten aber nach der Erstversorgung auch zu ihrem Hausarzt zurückverwiesen, der natürlich auch die Erstversorgung ebensogut hätte ausführen können. Das DV. nimmt also auf diese Weise dem praktischen Arzt einen großen Teil der Fälle, die für diesen äußerst wichtig sind, um in der Unfallchirurgie auf dem laufenden zu bleiben. Es ergibt sich also dadurch das genaue Gegenteil der Behauptung *Lohmar*'s, daß das DV. „gewiß nicht ohne Bedeutung für den kriegerischen Ernstfall" sei. Gerade aus diesem Grunde wäre es erforderlich, daß dem praktischen Arzt nicht die Betätigung in der kleinen Chirurgie in derart erheblichem Maße eingeschränkt wird, denn in einem Kriegsfalle würde die Zahl der Fachchirurgen doch wohl kaum ausreichend sein.

Die Berufsgenossenschaften halten dieser Forderung nun entgegen, daß vor der Einführung des DV. die Heilerfolge bedeutend geringer waren, als jetzt, seitdem durch das DV. die Beurteilung und gegebenenfalls auch die Behandlung durch den Facharzt erfolgt, und daß die Zahl der Rentenentschädigungen in den letzten Jahren zurückgegangen sei. Die Referenten der Berufsgenossenschaften übersehen hierbei aber völlig, daß dieser Erfolg nicht allein auf das DV., sondern zu einem nicht geringen Teil auch auf die fortschreitenden Erkenntnisse der heutigen Unfallmedizin zurückzuführen ist. Die Ergebnisse der Forschungen von *Böhler, Friedrich, Gebhardt, Magnus* und anderer haben zweifellos in sehr erheblichem Maße zur Senkung der Zahl der entschädigungspflichtigen

Unfallfolgen beigetragen. Ferner ist es aber auch eine bekannte Tatsache, daß der praktische Arzt eher geneigt ist, den Prozentsatz einer Erwerbsbeschränkung höher einzuschätzen, als ein Fachchirurg in dem gleichen Falle. Es ist also im DV. schon dadurch eine Herabsetzung der Zahl der Unfallfolgen gegeben, daß die Beurteilung heute allein durch den Facharzt erfolgt, wenngleich dies meist auch schon früher der Fall war. Jedenfalls sind alle diese Umstände bei der Bewertung der Behauptung *Scheele*'s in Betracht zu ziehen, daß seit der Einführung des DV. die Zahl der entschädigten Unfälle auf ungefähr ein Drittel zurückgegangen sei.

Es soll hier keineswegs geleugnet werden, daß in vielen anderes gelagerten Fällen die fachärztliche Behandlung schon aus den oben angeführten Fällen vielfach einen besseren Erfolg haben muß. Es wäre aber gerade in der heutigen Zeit, die mit Recht wieder auf den alten Hausarzt mit seinen möglichst vielseitigen Kenntnissen zurückgreift, verfehlt, wollte man dann trotzdem alle irgendwie angängigen Fälle dem Facharzt zuweisen. Dies würde dem Gedanken des Hausarztes völlig zuwiderlaufen, da diesem ja dann die Möglichkeit allgemeinärztlicher Erfahrung auf möglichst breiter Basis genommen ist und würde dazu führen, den praktischen Arzt zu einer reinen Patientenüberweisungsstelle zu machen, wie dies eine überwundene Zeit schon einmal versuchte. Gerade die weitestgehende Allgemeinerfahrung ist dringend erforderlich, wenn der praktische Arzt seinen mannigfachen Aufgaben im Dienste der Volksgesundheit gerecht werden soll.

Die Berufsgenossenschaften werden natürlich aus an sich verständlichen Gründen einen anderen Standpunkt einnehmen, denn für sie entstehen trotz zunächst höherer finanzieller Belastung durch die fachärztliche Behandlung letzten Endes keine höheren Kosten, als bei der Behandlung durch den praktischen Arzt. Sie rechnet vielmehr sogar noch mit Ersparnissen durch geringere Renten infolge schnellerer und besserer Wiederherstellung der Verletzten. Sie wird also auch aus diesem Grunde an der strengen Einhaltung des im Reichsärzteabkommen aufgeführten Satzes von 25—30% der D.-Fälle, die der D.-Arzt selbst in berufsgenossenschaftliche Behandlung nehmen darf, gar nicht so sehr interessiert sein. So sind also, je nach den moralischen Qualitäten des D.-Arztes oder seinem Ansehen der Polypragmasie oder doch deren Verdacht Tür und Tor geöffnet. In Mülheim-Ruhr wurde zwar nur etwa die Hälfte des zulässigen Satzes, ungefähr 16% in berufsgenossenschaftliche Behandlung genommen, weil diese nach einer strengen Auswahl nur bei den unbedingt nötigen Fällen vorgenommen wurde, doch entspricht dies den Wünschen der Berufsgenossenschaften in keiner Weise, wie dies *Scheele* mit den Worten ausdrückt:

„. . . besteht die einzige Befürchtung der Berufsgenossenschaften darin, daß der Durchgangsarzt das Maß der zur Übernahme empfohlenen Verletzungen zu eng zieht . . . Jeder Fall, der in Zukunft bei offener Behandlung rentenpflichtig wird, ohne daß fachärztliche Behandlung durch den D.-Arzt von vornherein eingeleitet wurde, muß als Fehlbehandlung gelten, veranlaßt durch die nicht genügende Anwendung der Befugnisse des D.-Arztes."

Diese Worte kennzeichnen die Einstellung der Berufsgenossenschaften eindeutig und geben jedem D.-Arzt die Möglichkeit einer weitgehenden Ausnützung derselben im obenangeführten Sinne. Zur Widerlegung des *Scheele*'schen Standpunktes braucht man nur die allgemein einleuchtende Tatsache anzuführen, daß der D.-Arzt schon deshalb eine fachärztliche Behandlung als überflüssig ansehen kann, weil auch er schließlich keinen besseren Heilerfolg erzielen könnte, als dies in den betreffenden Fällen auch dem praktischen Arzt möglich wäre. Ich denke hier beispielsweise an einen Fall, wo eine Daumenamputation vorgenommen werden mußte: hier kann die Nachbehandlung in vielen Fällen ohne weiteres dem praktischen Arzt überlassen werden und es würde keinem, auch nicht dem tüchtigsten Unfallchirurgen gelingen, eine Erwerbsbeschränkung zu verhindern.

Aber auch aus noch einem anderen Grunde sind die Berufsgenossenschaften am DV. weitgehendst interessiert: bei einem Großteil der Unfälle, in unserer Statistik sind es 24 %, ist zur Sicherstellung der Diagnose eine Röntgenaufnahme erforderlich, nach Bestimmung des DV. auch in Fällen, wo es im Interesse des Patienten vielleicht besser wäre, wenn man von einer solchen absehen würde, wird doch von dem Betroffenen eine festgestellte Fissur der Zehenphalangen immer ernster gewertet werden, als die vielleicht vermutete leichte Quetschung. Aber auch in solchen Fällen ist seitens der Berufsgenossenschaft das Röntgenbild erwünscht, denn wenn auch nur 46 % der gemachten Aufnahmen wirklich Frakturen, Fissuren und dergleichen zeigen, so sind doch auch die übrigen im Sinne des Versicherungsträgers nicht vergebens gemacht, schaffen sie doch ein wertvolles Archivmaterial für etwa später, vielleicht auch einmal in einem ganz anderen Zusammenhang auftretende Entschädigungsansprüche des Versicherten. Denn wie ließe sich das Alter einer Spondylosis, Arthropathia deformans oder ähnlichem leichter nachweisen, als aus einem alten Röntgenbild. Und auf einem unverfänglicheren und bequemeren Wege, als durch das DV. ließe sich derartiges Material ja gar nicht beschaffen, umsomehr, als außer der Materialgebühr nicht einmal zusätzliche Kosten dadurch entstehen, da die ärztliche Leistung ja schon durch den Pausch-

betrag abgegolten wird. So ist zwar die Möglichkeit der sofortigen Röntgenaufnahme ein unbestreitbarer Vorteil des DV., aber auch der praktische Arzt würde in der Regel in den Fällen, wo ihm eine solche erforderlich erscheint, nach den Mülheimer Erfahrungen diese veranlassen.

Außer aus diesen rein unfallmedizinisch wichtigen Punkten muß das DV. aber auch noch aus anderen Gesichtspunkten näher beleuchtet werden. Hier ist zunächst die Frage der Schädigung des Berufsansehens der praktischen Ärzte zu nennen. Es leuchtet ein, daß ein Unfallverletzter, der sich bereits in Behandlung eines praktischen Arztes befand und nun aus irgendeinem Grunde vom D.-Arzt in berufsgenossenschaftliche Behandlung übernommen wird, dies von seinem Standpunkt aus auf das mangelnde Wissen des Erstbehandelnden zurückführen wird und in einem anderen Krankheitsfalle entsprechend handelt. Für den Eingeweihteren ist es natürlich selbstverständlich, daß es auf dem ungeheuren Gebiet, das die heutige Medizin darstellt, Sonderdisziplinen geben muß und gibt. Der Durchschnitt der weniger gebildeten Bevölkerungsschichten, besonders auf dem Lande, wird aber häufig zu dem obenangeführten Schluß kommen. Dieser Nachteil wäre natürlich zu vermeiden, wenn der Verletzte durch den Betrieb immer sofort dem D.-Arzt überwiesen würde, wie es ja auch eigentlich der Fall sein soll, die Statistik beweist aber, daß dies leider bei einem gewissen Prozentsatz noch immer nicht so ist. — Dieser Nachteil wird, wenn auch nicht unmittelbar, auch von seiten der Berufsgenossenschaften *(Lohmar)* zugegeben. Man hat deshalb vorgeschlagen, vielleicht nichtpraktizierende Ärzte als D.-Ärzte anzustellen, was aber das genannte Übel kaum beseitigen würde. Auf der anderen Seite muß man auch den berechtigten Einwand der Berufsgenossenschaften anerkennen, daß diese auf die Dauer zu reinen Papierärzten ohne jede praktische Erfahrung werden würden. Hier müßte ein anderer Weg gefunden werden, wovon noch später die Rede sein soll.

Dieselben Gründe, die ich schon anführte, sind auch gegenüber der sogenannten Nachschau geltend zu machen, die für den Verletzten den Eindruck einer Beaufsichtigung des behandelnden Arztes machen muß, umsomehr, wenn er daraufhin in die Behandlung des D.-Arztes übernommen wird. Gewiß kann durch die Nachschau auch „das konsiliare Band zwischen D.-Arzt und praktischen Ärzten gefestigt werden" *(Partsch)*, besonders wenn jener ein gewisses Ansehen besitzt, die angeführten Einwände würden aber dadurch nicht entkräftet. Die Berufsgenossenschaften halten aber an der Nachschau schon deswegen fest, weil sie davon in einem Teil der Fälle eine Beendigung der Behandlung vor dem für die Kostenverteilung kritischen 46. Tage erwarten und damit die Kosten zu

Lasten der Krankenkasse bleiben. Dieser Gesichtspunkt ist natürlich keine ärztliche Angelegenheit und der D.-Arzt darf ihm in keiner Weise Rechnung tragen. Nicht ganz selten wird es allerdings bei der Nachschau zu einem früheren Abschluß der Behandlung kommen, aber dies darf nicht durch die Berücksichtigung des genannten Termins beeinflußt werden. Dank der hiesigen guten kassenärztlichen Versorgung kam es in Mülheim in nur 46 % der Fälle überhaupt zu einer Nachschau.

Wenn im übrigen behauptet wird, daß durch die Nachschau ja auch die Verantwortung des behandelnden Arztes bedeutend herabgesetzt werde, so ist dazu zu sagen, daß ihm dies in den meisten Fällen gar nicht erwünscht sein wird. In erster Linie wird er die Nachschau eben immer als einen Ausdruck eines Mangels an Vertrauen ihm gegenüber und als eine Beaufsichtigungsmaßnahme werten.

Aber auch die finanzielle Schädigung des praktischen Arztes dadurch, daß der D.-Arzt einen Teil der Unfälle selbst in Behandlung übernimmt, darf nicht übersehen werden. In unserem Falle handelte es sich hier um etwa 16 % der Gesamtzahl, die aber nach den früheren Erfahrungen ohnehin auch ohne das DV. in fachärztliche Behandlung überwiesen worden wären. An anderen Orten bestünde aber je nach Einstellung des D-Arztes die Möglichkeit, daß diese Zahl aus vielleicht unsachlichen Gründen erheblich überschritten würde. Daß die Berufsgenossenschaften in diesem Falle an einem Einschreiten kein Interesse haben würden, habe ich schogn vorher dargelegt. Die Übernahme von D.-Patienten in kassenärztliche Behandlung durch den D.-Arzt, die an sich möglich wäre, da ein Teil der D.-Ärzte des Ruhrgebiets neben der Krankenhaustätigkeit Kassenpraxis ausübt, ist allerdings wenigstens im hiesigen Gebiet nicht gestattet, in anderen Gebieten besteht aber auch diese Möglichkeit. Im übrigen trifft für diesen Abschnitt ebenfalls ein Teil der schon im anderen Zusammenhang erwähnten Einwände zu.

Wichtiger aber noch, als diese soeben aufgeführten Zahlen ist die Tatsache, daß dem praktischen Arzt auch ein großer Teil derjenigen Leichtverletzten entgeht, denen vom D.-Arzt die Bedeutungslosigkeit ihrer Verletzung bescheinigt wird. Hier genaue Zahlen aufzuführen ist natürlich unmöglich, da sich diese Fälle jeglicher Statistik entziehen, sicher ist aber, daß ein Teil derjenigen Fälle ausfällt, bei uns 6,5 %, bei denen der D.-Arzt eine weitere Behandlung als überflüssig bezeichnet hat. Daß auch ein Teil der 26 %, bei denen die Arbeitsfähigkeit weiter besteht oder in Kürze wiederhergestellt sein wird, keine weitere Behandlung in Anspruch nimmt, darf als sicher angenommen werden, ebenso wie man unterstellen kann, daß diese Patienten ohne die D.-Untersuchung zum

praktischen Arzt gegangen sein würden. Gerade diese Fälle sind es aber, deren der praktische Arzt als Ausgleich für die Fälle mit einer langen Behandlungsdauer bei dem geringen Kassenpauschale dringend bedarf. Allerdings darf auch nicht verschwiegen werden, daß im hiesigen Gebiet nach dem Obengesagten dem Krankenhausarzt ebenfalls ein Teil der Fälle entgeht, die sonst in seine kassenärztliche Behandlung gelangt wären, da diese ja für ihn als D.-Arzt unmöglich ist.

Die Berufsgenossenschaften werden dem allen nun entgegenhalten, daß sie zumindest zur späteren Begutachtung auf die Mitwirkung des Facharztes gar nicht verzichten können, allein schon auf Grund seiner zugegebenen größeren Erfahrung in der Unfallmedizin und seiner korrekten Beurteilung der Erwerbsbeschränkung. Dies würde sich aber auch durch die genannten Tatsachen nicht ausschließen, im Gegenteil würde vielleicht die Beurteilung noch weniger beeinflußt sein können, wenn der Gutachter nicht durch seine voraufgegangene Behandlung bereits einen subjektiven Standpunkt eingenommen hatte. Auch erklären ja die Referenten der Berufsgenossenschaft selbst, daß das eigentliche DV. mit einer Gutachtertätigkeit nicht das geringste zu tun hat, und daß dem D.-Arzt allein die Entscheidung über die zu treffenden Heilmaßnahmen obliegt, während der D.-Bericht als reiner Befundbericht und keineswegs als Gutachten zu werten sei. *Braun* umgrenzt diese Stellung des D.-Arztes eindeuting, wenn er sagt:

„Er ist an sich nicht Gutachter und wird als solcher vom Versicherungsträger auch gar nicht angesprochen. Er ist eine Art Erhebungsorgan, das am Tatsubjekt mit peinlichster Genauigkeit alles erkunden und festlegen soll, was unfallmedizinisch für die weitere Entwicklung von Wert sein kann."

Diese Worte beleuchten klar die Tatsache, daß Gutachter- und D-Arzttätigkeit aus zwei verschiedenen Aufträgen resultieren und das Eine mit dem Anderen nichts zu tun hat. Eine andere Stellungnahme würde auch schon deswegen unmöglich sein, weil dadurch die Gefahr bestünde, daß der D.-Arzt in ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis zur Berufsgenossenschaft geriete und damit seine objektive Einstellung gefährdet wäre, wie dies von den Versicherten ja auch vielfach fälschlich angenommen wird. Diese vereinzelt angestrebte Entwicklung ist aber schon deswegen unmöglich, weil sie dem Arzt seine Handlungsfreiheit nehmen und ihn letzten Endes zu einem Angestellten der Berufsgenossenschaft machen würde. Die Handlungsweise des Arztes aber darf immer nur von seiner pflichtgemäßen Erkenntnis im Dienste der Allgemeinheit und des Patienten, nicht aber von irgendeiner unsachlichen Rücksichtnahme getragen sein. Eine solche Entwicklung kann letzten

Endes ja auch gar nicht im Interesse des Versicherungsträgers liegen, denn auch er wird die Interessen der Gemeinschaft kaum persönlichen Interessen unterordnen wollen, wobei noch zu bezweifeln bleibt, ob ein derartig der Berufsgenossenschaft verpflichteter Arzt überhaupt deren Interessen dienen würde, denn aus seiner subjektiven Stellungnahme heraus würde der ärztliche Standpunkt, und damit wieder der Heilerfolg, zu kurz kommen.

Ein nicht zu bestreitender Vorteil des DV. ist es allerdings, „daß unmittelbar nach dem Unfall am Tatsubjekt" alles unfallmedizinisch irgenwie Wertvolle von berufener Seite sofort und eindeutig festgelegt wird. Dies ließe sich aber auch in der Form erreichen, daß man zwar die augenblickliche Form der Überweisung unmittelbar nach dem Unfall durch Betriebsführer und Krankenkasse beibehält, jedoch nicht nur den einzelnen D.-Arzt mit der Durchführung betraut, sondern jeden daran interessierten praktischen Arzt. Um zu vermeiden, daß hierzu Ärzte herangezogen würden, die an einer chirurgischen Behandlung kein Interesse haben, oder denen hierzu die Erfahrung fehlt, könnte man dies durch Umfrage in den einzelnen Bezirken und vielleicht auch durch Kurse ähnlich den jetzigen Fortbildungskursen feststellen. Die Betreffenden wären dann aber, ebenso wie jetzt der D.-Arzt, den Betriebsführern und Krankenkassen namhaft zu machen, damit diese gegebenenfalls die Unfallverletzten darauf hinweisen und zu einer Auswahl veranlassen könnten. Damit wäre sogar, besonders in Landbezirken, eine noch schnellere Erstversorgung gewährleistet und doch die Gefahr eines für die Unfallbehandlung ungeeigneten Arztes vermieden. Auch wäre dadurch die Möglichkeit gegeben, das Mißtrauen des Unfallverletzten durch die freie Wahl des Arztes seines Vertrauens zu beseitigen. Ebenso wie man annimmt, daß der D.-Arzt nicht mehr als die zulässige Zahl von D.-Patienten in seine eigene Behandlung übernimmt, kann der praktische Arzt schließlich auch das gleiche Vertrauen erwarten, wenn es sich darum handelt, einen Patienten, bei dem seine Hilfe nicht ausreicht, dem Facharzt zu überweisen. Ebenso ließe sich auch die Frage einer event. erforderlichen Röntgenaufnahme klären. Um hier das für den Versicherungsträger auch bei späteren Ansprüchen des Versicherten, wie schon erklärt, äußerst wichtige Material nicht zu verzetteln, könnte man sogar für erheblich größere Bezirke, als dies jetzt der Fall ist, eine zentrale Stelle mit derartigen Aufnahme betrauen. Ein solches Verfahren könnte sich dann ebenso ohne Zeitverlust für den Verletzten abwickeln, wie dies jetzt beim DV. der Fall ist. In Zusammenarbeit mit den praktischen Ärzten des hiesigen Bezirks hat sich dies Verfahren vor Einführung des DV. in Mülheim auch, wie schon erwähnt, durchauch bewährt und reibungslos abgewickelt.

Es ist nicht anzunehmen, daß bei der genannten Methode die Heilerfolge geringer sein sollten, wenn dafür in gleich großzügiger Weise, wie beim DV. die berufsgenossenschaftlichen Mittel und Heilfürsorge zur Verfügung steht. So aber würde der Chirurg nicht mit Fällen befaßt, denen der praktische Arzt vollauf gerecht werden könnte, während dieser die unbedingt nötigen Erfahrungen in der kleinen Chirurgie weiter vergrößern könnte, die in Krieg und Frieden immer ein wichtiger Faktor für die Volksgesundheit bleiben werden.

An dieser Stelle sei mir gestattet Herrn Professor *Dr. Ernst* für die Übernahme des Referates ergebenst zu danken. Besonderen Dank schulde ich auch Herrn Professor *Dr. Kleinschmidt*-Mülheim-Ruhr für die Überlassung des Themas und für seine freundlichen Ratschläge.

Statistik über die im Jahre 1936 stattgefundenen D-Untersuchungen.

Zahl der Untersuchten	2708	
Davon wurden eingewiesen durch:		
die Krankenkasse	2136	79 %
(davon fälschlich 187)		
den Betrieb	385	14 %
den behandelnden Arzt direkt	187	7 %
(davon fälschlich 13)		
Zahl der gemachten Röntgenaufnahmen	748	24 %
Erkannte Frakturen, Fissuren usw.	346	12,3 %
Erstversorgung vorgenommen bei	474	17,5 %
In Bg.-Behandlung genommen	422	16 %
Davon zeitweilig ambulante Behandlung	387	14 %
Anzahl der Behandlungen 2524 mal oder etwa durchschn. 6 mal je Patient.		
Mit EB. oder fragl. EB. entlassen ca. 9 %	39	1,5 %
Weiterbehandlung voraussichtlich überflüssig	173	6,5 %
Weiter arbeitsfähig	612	
In Kürze wieder arbeitsfähig	99	26 %
Außerdem auf eigenen Wunsch arbeitsfähig	142	5 %
Kein Unfall	232	
Fraglich ob Unfall	43	10 %

Betroffene Körperteile:

Rechte Hand	526
Linke Hand	508
Arme	202
Rechter Fuß	284
Linker Fuß	262
Beine	328
Kopf	170
Stamm	459
Fälle von Lumbago	51
Fälle von Schipperkrankheiten	11

Literaturverzeichnis

Braun: Zu: „Bemerkungen über den Unterschied zwischen D.-Bericht und Gutachten." (Monatsschrift für Unfallheilkunde 11/1934.)

Fischer: Das bg.liche Heilverfahren verbunden mit dem D.-Arztverfahren. (Monatsschrift für Unfallheilkunde 10/1935.)

Grunert: Bemerkungen über den Unterschied zwischen D.-Bericht und Gutachten (Monatsschrift für Unfallheilkunde 8/1934.)

Lohmar: Vom Durchgangsarztverfahren. („Die Berufsgenossenschaft" 22/1935.)

Partsch: Bemerkungen zum Durchgangsarztverfahren nach 5jähriger Mitarbeit. (Monatsschrift für Unfallheilkunde 8/1935.)

Scheele: Das Durchgangsarztverfahren. (Das heutige System und seine Bedeutung für die Berufsgenossenschaft.) (Fortschr. der Med. 8/1932.)

Reichsversicherungsordnung.

Lebenslauf

Als Sohn des Diplom-Ingenieurs *Ernst Bovermann* wurde ich am 1. Februar 1913 zu Mülheim-Ruhr geboren. Ich besuchte die Vorschule des Staatl. Gymnasiums und die Mercatorschule zu Duisburg und bestand dort im Jahre 1931 die Reifeprüfung. Meine Studienzeit verbrachte ich in Bonn und München und schloß dieselbe im Dezember 1937 mit der ärztlichen Prüfung, die ich mit „Gut" bestand, ab. Augenblicklich bin ich beim staatlichen Gesundheitsamt des Kreises Büren in Westfalen als vollbeschäftigter Hilfsarzt tätig.